

УДК 616.314.28.004.67

©Л. С. Лещук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## Порівняльна клінічна оцінка відновлень бічних зубів із порожнинами II класу за Блеком прямими композитними реставраціями та реставраціями з армуючим елементом

Розповсюдження карієсу серед дорослого населення земної кулі становить 80 – 100 %, а усунення його та його ускладнень – більше 60 % об'єму стоматологічної допомоги. Зокрема, на теренах України захворювання на карієс коливається від 33,3 до 98,4 % від усього населення країни. Найчастіше зустрічається карієс контактних поверхонь молярів і премолярів, оскільки жувальні зуби перш за все уражуються карієсом.

Метою роботи є запропонувати удосконалений метод виготовлення прямої композитної реставрації бічних зубів із порожниною II класу за Блеком з армуючим елементом та визначити його клінічну ефективність.

Ми розробили та запропонували удосконалений метод відновлення апроксимальної поверхні зуба при значних порожнинах (II клас за Блеком) з використанням керамічного штифта, як армувального елемента та позиціонування його безпосередньо у ділянку міжзубного контактного пункту для забезпечення зниження стирання відтвореної поверхні.

Для порівняльного аналізу в 180 зубах, що мали каріозні порожнини II класу за Блеком, здійснено відновлення прямими композитними реставраціями та реставраціями з армуючим елементом: з них 100 прямих композитних реставрацій (56 на верхній щелепі, 44 – на нижній) та 80 реставрацій із включенням прескерамічного штифта у товщі пломби (50 на верхній щелепі, 30 – на нижній).

Оцінку реставрацій здійснювали за критеріями Ruge безпосередньо після їх накладання і у віддалені терміни (через 3, 6, 12 і 24 місяці) за допомогою візуально-інструментального методу та рентгенівських знімків.

У результаті клінічного порівняльного аналізу двох груп пацієнтів, яким виготовляли прямі композитні реставрації з мікрогібридного композиту Gradia Direct (GC) (1 група) та з включенням прескерамічного штифта у товщу пломби з позиціонуванням його у ділянку міжзубного контакту (2 група), за критеріями «крайове забарвлення», «стан тканин пародонта» та «вторинний карієс» різних відмінностей не спостерігалось. А саме, за критерієм «крайове забарвлення» оцінку «1» отримали 4 зуби у 1 групі (4 %) та 2 зуби у 2 групі (2,5 %), за критерієм «стан тканин пародонта» в обох групах оцінку «1» отримали по 2 зуби, відповідно 2 і 2,5 %. Вторинний карієс не виявлений у жодному з відновлених зубів. За критерієм «анатомічна форма» у 2 групі не виявлено жодних відхилень, разом з тим, у 1 групі 3 пломби мали незадовільні анатомічні форми (2 зуби з оцінкою «1» бал та 1 зуб «2» і потребував заміни). Порушення крайового прилягання спостерігалось у 1 зубі 2 групи (1,25 %) та в 4 зубах 1 групи (4 %), що, у свою чергу, можна допустити меншою полімеризаційною усадкою за рахунок наявності значного за об'ємом штифта, який наявний у товщі пломб 2 групи пацієнтів. Та найбільша різниця спостерігалась за критерієм «контактний пінкт», а саме, у 6 пацієнтів 1 групи міжзубний контактний пункт був ослаблений і в 1 зубі взагалі втрачений (7 %), разом з тим, як у 2 групі він ослабився лише в 1 зубі (1,25 %).

На основі клінічних спостережень можна стверджувати, що прескерамічний штифт у прямій композитній реставрації не створив жодних труднощів у гігієні пацієнтів, зменшив полімеризаційний стрес у товщі реставрації та забезпечив наявність щільного міжзубного контактного пункту в зубах.